



---

**Dane Ucznia:**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Drugie imię: \_\_\_\_\_  
(jeśli nie posiada – wpisać: **brak**)

Data i miejsce urodzenia: \_\_\_\_\_

Adres zameldowania: \_\_\_\_\_

Szkoła rejonowa: \_\_\_\_\_  
(numer i adres szkoły rejonowej wg miejsca zamieszkania; **UWAGA:** tam należy zgłosić naukę dziecka)

**Dane teleadresowe Rodziców:**

Imię i nazwisko Matki: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko Ojca: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Telefon domowy: \_\_\_\_\_

Telefon komórkowy

Matka: \_\_\_\_\_

Ojciec: \_\_\_\_\_

Adres e-mail

Matka: \_\_\_\_\_

Ojciec: \_\_\_\_\_

**UWAGA:**

Strona wypełniana przez Rodziców nowych uczniów (do arkusza należy dołączyć zdjęcie do legitymacji podpisane imieniem, nazwiskiem i nrem PESEL).

(W przypadku zmiany danych teleadresowych Rodzice są zobowiązani do niezwłocznego przekazania aktualnych danych do sekretariatu – pisemnie lub e-mailem.)

---

Data wypełnienia

Podpis Matki

Podpis Ojca

Imię i nazwisko dziecka \_\_\_\_\_ klasa \_\_\_\_\_

### Opieka logopedyczna i psychologiczna

Opinia logopedy i psychologa ma pomóc rodzicom i nauczycielom w skutecznej pracy dydaktyczno-wychowawczej.

Logopeda, po jednorazowym przebadaniu dziecka, w przypadku zdiagnozowania nieprawidłowości w rozwoju mowy, skonsultuje się z rodzicami oraz wychowawcą w celu wskazania właściwej formy pomocy.

Psycholog przebadają dzieci, u których wychowawca zauważył trudności w uczeniu się lub zachowaniu. Zasugeruje też, w jaki sposób należy wspomagać dziecko w rozwoju. Wyniki badań będą przekazywane rodzicom.

#### opieka logopedyczna

- wyrażamy zgodę  
 nie wyrażamy zgody

#### opieka psychologiczna

- wyrażamy zgodę  
 nie wyrażamy zgody

#### Informacje dodatkowe (w przypadku wyrażenia zgody):

- dziecko **nie było/ było\*** w przeszłości objęte opieką logopedy (jeśli tak – powód, kiedy?)

---

---

- dziecko **nie było/ było\*** w przeszłości objęte opieką psychologa (jeśli tak – powód, kiedy?)

---

---

#### Opieka zdrowotna higienistki szkolnej:

- wyrażamy zgodę  nie wyrażamy zgody

#### Informacje dodatkowe:

Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe (podać jakie):

---

---

Czy dziecko przyjmuje na stałe lub okresowo leki (podać jakie):

---

---

Uczulenia (podać jakie):

---

---

\* niepotrzebne skreślić

Strona wypełniania wyłącznie przez Rodziców nowych uczniów lub w przypadku zmiany wcześniejszych deklaracji.

Data wypełnienia

Podpis Matki

Podpis Ojca

Imię i nazwisko dziecka \_\_\_\_\_ klasa \_\_\_\_\_

## Osoby upoważnione do odbioru ucznia ze szkoły:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Telefon kontaktowy	Nr dowodu osobistego

## Samodzielne powroty dziecka:

- Nie wyrażamy zgody.
- Wyrażamy zgodę na samodzielne wyjścia ze szkoły naszego dziecka w roku szkolnym ....., każdego dnia po zakończeniu zajęć szkolnych i **przyjmujemy na siebie pełną odpowiedzialność za dziecko, po opuszczeniu przez nie szkoły. Nasza zgoda obowiązuje do końca roku szkolnego lub do jej odwołania.**

## Odbiór dziecka przez starsze rodzeństwo

- Nie wyrażamy zgody.
- Wyrażamy zgodę na opuszczanie szkoły przez nasze dziecko w roku szkolnym ....., każdego dnia po zakończeniu zajęć szkolnych pod opieką starszego rodzeństwa, które ukończyło 10 lat (imię i nazwisko rodzeństwa: ) \_\_\_\_\_ i przyjmujemy na siebie pełną odpowiedzialność za dziecko po opuszczeniu przez nie szkoły. **Nasza zgoda obowiązuje do końca roku szkolnego lub do jej odwołania.**

## Udział dziecka w wyjściach oraz wycieczkach związanych z realizacją programu edukacyjnego

- wyrażamy zgodę                                   nie wyrażamy zgody

O harmonogramie wyjść i wycieczek rodzice informowani są przez wychowawcę klasy.

**Rodzice mają prawo odwołać zgodę na poszczególne wyjścia klasowe.**

\_\_\_\_\_  
\* niepotrzebne skreślić

**Strona wypełniania w każdym bieżącym roku szkolnym przez wszystkich Rodziców.**

Data wypełnienia

Podpis Matki

Podpis Ojca